

2016



Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Pirogov Russian National Research
Medical University



Студенческое научное общество
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Student's Scientific Society
of RNRMU



*„Где господствует дух науки,
там творится великое и
малыми средствами.“*

Н.И. Пирогов

XI Международная
(XX Всероссийская)
Пироговская научная
медицинская конференция
студентов и
молодых ученых

XI International Pirogov
scientific medical conference
for students and young scientists

**СБОРНИК
ТЕЗИСОВ**

**BOOK OF
ABSTRACTS**

pirogovka.rsmu.ru

Москва
2016

Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых

особенностей течения беременности. Раньше других детей впервые ОРЗ болевают девочки, рожденные путем кесарева сечения ($p=0,02$). Первая манифестация острой респираторной патологии имеет место раньше у мальчиков, являющихся вторым ребенком в семье ($p=0,02$), у тех чьи матери во время беременности спали тревожно ($p=0,005$). Позже по сравнению со сверстниками на первом году жизни заболевали респираторной патологией мальчики ($p=0,04$) матери которых спали 9-10 часов в сутки. Достоверно с большей частотой на первом месяце жизни ОРЗ болеют дети проживающие в общежитии ($p=0,03$), те у которых во время родов отмечалось обвитие пуповины и новорожденные, матери которых перенесли 3-4 ($p=0,002$) и 5 и более ($p=0,005$) ОРЗ во время беременности. Дети рожденные путем кесарева сечения на первом месяце жизни болеют реже ($p=0,03$) детей, родившихся естественным путем или после стимуляции родоразрешения.

Выводы: 1. Сроки первой манифестации респираторной патологии у девочек, зависят от эмоционального фона, на котором протекала беременность, а также особенностей течения беременности и родов. 2. У мальчиков срок возникновения первой респираторной патологии зависит от того, каким по счету в семье он является, а так же от продолжительности сна матери во время беременности. 3. Частота острых респираторных заболеваний у ребенка на первом месяце жизни вне зависимости от пола достоверно зависит от условий проживания семьи, количества эпизодов ОРЗ у матери во время беременности и особенностей течения родов.

СОДЕРЖАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ ДЕТЕЙ С ФЕНОТИПОМ ТЯЖЕЛОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Т. Р. Андрійчук, С. И. Тарнавская

*Научный руководитель – д. м. н., профессор Л. А. Безруков
Буковинский Государственный Медицинский Университет,
Черновцы, Украина*

Введение: Отсутствие достоверных данных и гетерогенность фенотипа тяжелой бронхиальной астмы (БА) ограничивают наши возможности удержания контроля над заболеванием, что требует проведения дополнительных исследований заболевания с учетом индивидуальных, генетических особенностей организма.

Цель исследования: Исследовать сывороточное содержание отдельных цитокинов при фенотипе тяжелой БА в зависимости от типа ацетилирования для оптимизации лечения данной когорты пациентов.

Материалы и методы: Проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование 53 детей, у которых определялся фенотип тяжелой БА. Изучались показатели клеточного и гуморального иммунитета: содержание в периферической крови субпопуляций Т-лимфоцитов, уровень иммуноглобулинов классов А, М, G, Е общего, интерлейкина-4, -5, -8. Всем детям определяли генетический маркер – тип ацетилирования методом Пребстинг-Гаврилова. Сформировано 2 клинические группы: I группа – 26 детей с медленным типом ацетилирования (средний возраст – $13,2 \pm 0,5$ года, доля мальчиков – 57,6%), II группа – 27 пациентов с быстрым ацетиляторным фенотипом (средний возраст – $12,2 \pm 0,6$ года ($p>0,05$), доля мальчиков – 70,3% ($p>0,05$)). По

основным клиническим признакам группы наблюдения были сопоставимы.

Результаты: В результате проведенных исследований было установлено, что у детей I клинической группы содержание интерлейкинов -4, -5, -8 в сыворотке крови составило: $8,3 \pm 1,4$ пг/мл, $4,1 \pm 0,3$ пг/мл, $5,8 \pm 0,4$ пг/мл соответственно, а у представителей II группы – $13,1 \pm 1,8$ пг/мл ($p>0,05$), $23,8 \pm 2,4$ пг/мл ($p<0,05$), $8,4 \pm 1,6$ пг/мл ($p>0,05$) соответственно. Показатели риска повышения содержания ИЛ-5 в крови более 4,1 пг/мл у детей с тяжелой астмой и быстрым типом ацетилирования составили: относительный риск – 1,8 [95%ДИ:1,4-2,5] при соотношении шансов – 3,4 [95%ДИ:1,9-6,1].

Выводы: Таким образом, у детей с фенотипом тяжелой астмы наличие быстрого типа ацетилирования повышало шансы реализации механизмов воспаления с активацией интерлейкина-5 в 3,4 раза.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ С ЭНМТ, РОЖДЕННЫХ В СРОКЕ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, В ДИНАМИКЕ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

И. И. Ремизова, В. А. Ляпунов

Научный руководитель – Г. Н. Чистякова

*Уральский Научно-Исследовательский Институт Охраны
Материнства и Младенчества, Екатеринбург, Россия*

Введение: Для адекватного формирования иммунного ответа новорожденных необходимо воздействие антигенов нормофлоры, которая активирует не только местный иммунитет кишечника, но и иммунную систему всего организма. Колонизация кишечника микроорганизмами – процесс естественный и необходимый для становления нормального биоценоза и иммунитета.

Цель исследования: оценить изменение микрофлоры кишечника детей с ЭНМТ в раннем, позднем неонатальном периоде и по достижению постконцептуального возраста 38-40 недель.

Материалы и методы: проведено бактериологическое исследование микрофлоры кишечника 18 образцов фекалий детей с ЭНМТ, рожденных в сроке сверхранных преждевременных родов, в возрасте 6 (5-7) и 28 (26-30) суток жизни, а также в постконцептуальном возрасте 38-40 недель. Бактериологическое исследование фекалий на выделение микрофлоры проводили по методике количественного посева Ю.М. Фельдман и соавт. Для выделения патогенных энтеробактерий использовали питательные среды: Эндо, Плоскирева, висмут-сульфит агар, магниевую среду обогащения. Условно-патогенные микроорганизмы выделяли с кровяного, желточно-солевого, Сабуро агара. Идентификацию выделенных культур проводили с помощью коммерческих биохимических тест-систем фирмы «LACHEMA» (Чехия).

Результаты: в результате бактериологического исследования фекалий детей с ЭНМТ выявлено, что к концу раннего неонатального периода у 44,4% (8 случаев) недоношенных на фоне антибактериальной терапии отсутствовала полостная кишечная микрофлора. У 10 детей (55,6%) кишечник был колонизирован. Микробный пейзаж был представлен преимущественно кокковой микрофлорой – коагулаза-отрицательными стафилококками (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus haemolyticus*)